

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Penelitian ini bermaksud mendeskripsikan bagaimanakah suatu instansi kesehatan mengimplementasikan suatu kebijakan yang dibuat oleh pemerintah, sekaligus menggambarkan kendala-kendala yang dihadapi oleh instansi yang bersangkutan dalam mengimplementasikan kebijakan tersebut dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

Kebijakan tidak sekedar suatu aturan tetapi lebih dari itu, kebijakan perlu dipahami secara utuh dan benar sehingga apa yang diharapkan dari ending suatu kebijakan dapat tercapai. Ketika suatu issue yang menyangkut kepentingan bersama dipandang perlu untuk diatur maka formulasi issue tersebut menjadi kebijakan publik yang harus dilakukan dan disusun serta disepakati oleh para pejabat yang berwenang.

Sistem Jaminan Sosial di Indonesia sedang mengalami perubahan cukup besar dengan tujuan agar sistem yang ada sekarang dapat lebih efektif dalam melayani para penerima manfaat jaminan sosial, juga untuk memperluas cakupan manfaat jaminan sosial ke seluruh pekerja di Indonesia, baik pekerja di sektor formal maupun informal. Program jaminan sosial yang ada sekarang dianggap kurang berhasil dalam tujuannya untuk memberikan manfaat yang cukup baik bagi para penerima manfaat, karena jumlah penerima manfaat, nilai manfaat, dan hasil investasi dana jaminan sosial dianggap masih relatif kecil, dan tata kelola dana jaminan sosial juga dianggap masih kurang baik.

Saat ini Putusan MK semakin memperumit penyelenggaraan jaminan sosial di masa transisi. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah sebuah sistem [jaminan sosial](#) yang

ditetapkan di [Indonesia](#) dalam Undang-Undang nomor 40 tahun 2004. Jaminan sosial ini adalah salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh negara Republik Indonesia guna menjamin warganegaranya untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, sebagaimana dalam deklarasi PBB tentang HAM tahun 1948 dan konvensi ILO No.102 tahun 1952.

Untuk mewujudkan SJSN perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum yang dibentuk berdasarkan prinsip kegotongroyoan, nirlaba, keterbukaan, keterhatian, akuntabilitas, portabilitas, kepersetaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta. Serta berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Menurut pasal 5 ayat (1) dan pasal 52 UU No. 40 tahun 2004 tentang SJSN, harus dibentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dengan UU yang merupakan transformasi keempat Badan Usaha Milik Negara untuk mempercepat terselenggaranya SJSN bagi seluruh rakyat Indonesia. Di dalam pasal 3 UU SJSN No. 40 tahun 2004 disebutkan bahwa Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial harus dibentuk dengan Undang-Undang. Sejak berlakunya UU SJSN, badan penyelenggara jaminan sosial yang ada dinyatakan sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menurut UU SJSN.

Pembangunan kelembagaan SJSN yang semula diatur dalam satu paket peraturan dalam UU SJSN, kini harus diatur dengan UU BPJS. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) pun akhirnya baru terbentuk, yang berfungsi untuk membantu Presiden dalam perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN. Pemerintah secara resmi membentuk DJSN lewat Keputusan Presiden (Keppres) Nomor 110 tahun 2008 tentang pengangkatan anggota DJSN tertanggal 24 September 2008. Pembahasan RUU BPJS

berjalan alot. Tim Kerja Menko Kesra dan Tim Kerja Meneg BUMN, yang notabene keduanya adalah Pembantu Presiden, tidak mencapai titik temu. RUU BPJS tidak selesai dirumuskan hingga tenggat peralihan UU SJSN pada 19 Oktober 2009 terlewati. Seluruh perhatian tercurah pada RUU BPJS sehingga perintah dari 21 pasal yang mendelegasikan peraturan pelaksanaan terabaikan. Hasilnya, penyelenggaraan jaminan sosial Indonesia gagal menaati semua ketentuan UU SJSN yaitu 5 tahun.

Tahun berganti. DPR mengambil alih perancangan RUU BPJS pada tahun 2010. Perdebatan konsep BPJS kembali mencuat ke permukaan sejak DPR mengajukan RUU BPJS inisiatif DPR kepada Pemerintah pada bulan Juli 2010. Bahkan area perdebatan bertambah, selain bentuk badan hukum, Pemerintah dan DPR tengah berseteru menentukan siapa BPJS dan berapa jumlah BPJS. Dikotomi BPJS multi dan BPJS tunggal tengah diperdebatkan dengan sengit. Setelah melalui proses panjang yang melelahkan mulai dari puluhan kali rapat dimana setidaknya dilakukan tak kurang dari 50 kali pertemuan di tingkat Pansus, Panja, hingga proses formal lainnya. Sementara di kalangan operator hal serupa dilakukan di lingkup empat BUMN penyelenggara program jaminan sosial meliputi: PT Jamsostek, PT TASPEN, PT ASABRI, dan PT Askes. Meski bukan sesuatu yang mudah, namun keberadaan BPJS mutlak ada sebagai implementasi Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang bahkan semestinya telah dapat dioperasikan sejak 19 Oktober 2009. Pro dan kontra keberadaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) akhirnya berakhir pada 29 Oktober 2011, ketika DPR RI sepakat dan kemudian mengesahkannya menjadi Undang-undang.

Tepat di awal tahun baru, 1 Januari 2014 Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) efektif diterapkan. Presiden RI pada 31 Desember 2013 meresmikan berlakunya UU No 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dan UU No 24/2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). SJSN dilaksanakan oleh

negara melalui sebuah lembaga Badan Pengelola Jaminan Sosial (BPJS), yang didirikan atas dasar UU Nomor 24 tahun 2011, yang merupakan amanat dari UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Perjalanan tidak selesai sampai disahkannya BPJS menjadi Undang-undang formal, segudang pekerjaan rumah menunggu untuk diselesaikan demi terpenuhinya hak rakyat atas jaminan sosial. Sebuah kajian menyebutkan bahwa saat ini, berdasarkan data yang dihimpun oleh DPR RI dari keempat Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang berstatus badan hukumnya adalah Persero tersebut, hanya terdapat sekitar 50 juta orang di Indonesia ini dilayani oleh Jaminan Sosial yang diselenggarakan oleh empat BUMN penyelenggara jaminan sosial.

Perubahan dari empat PT (Persero) yang selama ini menyelenggarakan program jaminan sosial menjadi dua BPJS sudah menjadi perintah undang-undang, karena itu harus dilaksanakan. Perubahan yang multi dimensi tersebut harus dipersiapkan dengan sebaik-baiknya agar berjalan sesuai dengan ketentuan Undang-undang BPJS. BPJS terbagi menjadi dua yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

UU no. 24 Tahun 2011 pasal 57 UU BPJS menentukan PT Askes (Persero) bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014. Kemudian Pasal 57 UU BPJS menentukan PT Jamsostek (Persero), PT ASABRI (Persero), PT TASPEN (Persero) bertransformasi menjadi BPJS Ketenagakerjaan pada tanggal 1 Januari 2014. BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan hari tua, program jaminan pensiun, dan program jaminan kematian bagi peserta, selain peserta yang dikelola PT ASABRI (Persero) dan PT TASPEN (Persero), sesuai dengan pasal 57 UU BPJS mulai beroperasi paling lambat tanggal 1 Juli 2015.

Program BPJS Kesehatan yaitu program jaminan kesehatan nasional (JKN) adalah program pelayanan kesehatan terbaru yang sistemnya menggunakan sistem asuransi. Artinya, seluruh warga Indonesia nantinya wajib menyisihkan sebagian kecil uangnya untuk jaminan kesehatan di masa depan. Semua rakyat miskin atau PBI (Penerima Bantuan Iuran) ditanggung kesehatannya oleh pemerintah.

Program BPJS Ketenagakerjaan meliputi empat program yaitu program jaminan kecelakaan kerja (JKK) adalah suatu program pemerintah dan pemberi kerja dengan tujuan memberikan kepastian jaminan pelayanan dan santunan apabila tenaga kerja mengalami kecelakaan saat menuju, menunaikan dan selesai menunaikan tugas pekerjaan dan berbagai penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan (Naskah Akademik SJSN).

Program jaminan hari tua (JHT) adalah program jangka panjang yang diberikan secara sekaligus sebelum peserta memasuki masa pension, bisa iterimakan kepada janda/duda, anak atau ahli waris peserta yang sah apabila peserta meninggal dunia (Naskah Akademik SJSN).

Program jaminan pensiun (JP) adalah pembayaran jangka panjang sebagai substitusi dari penurunan/hilangnya penghasilan karena peserta mencapai usia tua (pensiun), mengalami cacat total permanen, atau meninggal dunia (Naskah Akademik SJSN).

Program jaminan kematian (JKM) tidak dijelaskan dalam secara tegas dan baik UU 40 tahun 2004 maupun dalam naskah akademik. Didalam Naskah Akademik SJSN hanya dijelaskan santunan kematian, dengan definisi sebagai berikut:

“Santunan Kematian adalah program jangka pendek sebagai pelengkap program jaminan hari tua, dibiayai dari iuran dan hasil pengelolaan dana santunan kematian, dan manfaat diberikan kepada keluarga atau ahli waris yang sah pada saat peserta meninggal dunia.” (Naskah Akademik UU 40 tahun 2004)

Dari kelima program tersebut yang menjadi perhatian penelitian program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, antara lain: Peraturan Pemerintah No.101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI); Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan; dan Peta Jalan JKN (*Roadmap* Jaminan Kesehatan Nasional).

Seperti yang disebutkan oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) bahwa Peserta JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) adalah semua orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat (6) bulan di Indonesia yang membayar iuran. Seluruh penduduk Indonesia wajib mengikuti program JKN. Mereka wajib mendaftarkan diri dan membayar iuran berkala seumur hidup kepada BPJS Kesehatan.

Berawal dari perbedaan kemampuan membayar iuran, penduduk negeri ini terbagi menjadi dua golongan, yaitu penduduk yang mampu membayar iuran dan penduduk fakir miskin. Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (PerPres JK) menamai kedua golongan tersebut masing-masing sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Bukan Penerima Bantuan Iuran (Bukan PBI).

PBI dibebaskan dari kewajiban membayar iuran JKN. Pemerintah mengambil alih tanggung jawab itu dan membayarkan iuran JKN dari dana APBN kepada BPJS Kesehatan. Sebaliknya, penduduk tergolong Bukan PBI wajib menanggung iuran JKN dan membayarkannya secara mandiri kepada BPJS Kesehatan.

Selanjutnya, Perpres JK membagi penduduk „Bukan PBI“ menjadi empat golongan. Kali ini penggolongan berdasarkan karakteristik pekerjaan. Bukan PBI terdiri dari Pekerja Penerima Upah, Pekerja Bukan Penerima Upah, Bukan Pekerja, dan Penerima Pensiun.

Alhasil, Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terbagi atas empat golongan.

PBI terdiri dari penduduk yang terdaftar dalam Data Terpadu Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu. PP No. 101 Tahun 2012 menetapkan bahwa Data Terpadu ini ditetapkan enam bulan sekali dalam tahun anggaran berjalan oleh Menteri Sosial.

Pekerja Penerima Upah adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain. Penduduk yang tergolong kelompok ini adalah Pegawai Negeri Sipil, Prajurit TNI, Anggota POLRI, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri, Pegawai Swasta, dan Pekerja lainnya yang menerima upah.

Pekerja Bukan Penerima Upah adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri. Penduduk yang tergolong kelompok ini adalah „Pekerja Di Luar Hubungan Kerja“ atau „Pekerja Mandiri“, dan Pekerja lainnya yang tidak menerima upah.

Bukan Pekerja tidak didefinisikan dalam PerPres JK. Hanya daftar istilah yang ditetapkan. Penduduk yang tergolong Bukan Pekerja adalah Investor, Pemberi Kerja, Penerima Pensiun, Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan penduduk lainnya yang tidak bekerja dan mampu membayar iuran.

Penerima Pensiun tidak terbatas pada pekerja yang memperoleh dana pensiun, melainkan janda, duda, anak yatim piatu yang menerima pensiun. Semua penerima pensiun wajib mendaftarkan dan membayar iuran JKN.

Pada saat mulai berlakunya Undang-undang BPJS, Dewan Komisaris dan Direksi PT Askes (Persero), PT ASABRI (Persero), PT TASPEN (Persero), PT Jamsostek (Persero) ditugasi oleh Undang-undang BPJS untuk menyiapkan berbagai hal yang diperlukan untuk berjalannya proses transformasi atau perubahan dari Persero menjadi BPJS dengan status

badan hukum publik. Perubahan tersebut mencakup struktur, mekanisme kerja dan juga kultur kelembagaan. Mengubah struktur, mekanisme kerja dan kultur kelembagaan yang lama, yang sudah mengakar dan dirasakan nyaman, sering menjadi kendala bagi penerimaan struktur, mekanisme kerja dan kultur kelembagaan yang baru, meskipun hal tersebut ditentukan dalam Undang-Undang. Untuk itu diperlukan komitmen yang kuat dari kedua BUMN ini, BUMN yang dipercaya mengemban tugas menyiapkan perubahan tersebut. Sebagai profesional tentu mereka paham bagaimana caranya mengatasi berbagai persoalan yang timbul dalam proses perubahan tersebut, dan bagaimana harus bertindak pada waktu yang tepat untuk membuat perubahan berjalan tertib efektif, efisien dan lancar sesuai dengan rencana.

Tahun 2012 merupakan tahun untuk mempersiapkan perubahan yang ditentukan dalam Undang-undang BPJS. Perubahan yang dipersiapkan dengan cermat, fokus pada hasil dan berorientasi pada proses implementasi Peraturan Perundang-undangan secara taat asas dan didukung oleh pemangku kepentingan, akan membuat perubahan BPJS memberi harapan yang lebih baik untuk pemenuhan hak konstitusional setiap orang atas jaminan sosial.

. Usaha ke arah itu sebenarnya telah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui empat Persero BUMN yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun demikian, skema-skema tersebut masih terfragmentasi, terbagi-bagi, kemudian dampak yang lebih besar lagi adalah sulit terkendalinya biaya kesehatan dan mutu pelayanan.

Kementerian Kesehatan memberikan prioritas kepada jaminan kesehatan dalam reformasi kesehatan, dengan mengupayakan suatu regulasi berupa Peraturan Menteri, guna mendukung pelaksanaannya. Peraturan ini diharapkan dapat menjadi payung hukum untuk mengatur antara lain pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan tingkat pertama, dan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Peraturan Menteri juga akan mengatur jenis dan plafon harga alat bantu kesehatan dan pelayanan obat dan bahan medis habis pakai bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

Pelaksanaan SJSN dan BPJS sebenarnya juga bukan kendala, bahkan Ketua DPR – Marzuki Ali – melihat proses pengesahan Undang-undang SJSN dan BPJS cukup fenomenal karena ada penolakan dari beberapa BUMN yang menyelenggarakan jaminan kesehatan dan sebagian serikat pekerja. Mereka melihat BPJS sebagai kebijakan yang tidak pro rakyat. Untuk itu, para pemangku kepentingan harus membuktikan lewat BPJS Kesehatan, pemerintah melaksanakan kewajibannya memberikan Jaminan Sosial untuk rakyatnya tanpa diskriminasi. Dalam peluncuran Media Center BPJS Kesehatan di kantor PT Askes Jakarta, Ketua DPR juga mengingatkan adanya persoalan yang perlu diperhatikan, yang mana hingga saat ini pemerintah dirasa belum mampu menghasilkan data yang valid tentang jumlah orang miskin dan tidak mampu sebagai target bantuan pemerintah (<http://www.bpjs-kesehatan.go.id/berita-117-bpjs-kesehatan-harus-mengantisipasi-potensi-masalah.html>, diakses pada jam 09.00 pada tanggal 8 Januari 2014).

Ali juga menambahkan potensi masalah lainnya berkaitan dengan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diselenggarakan pemerintah. Pasalnya, dalam program jaminan kesehatan yang selama ini digelar pemerintah, yang mana peserta masih dipungut biaya untuk obat jenis tertentu. Padahal, obat itu tidak termasuk dalam daftar program Jaminan Kesehatan atau hanya obat tambahan yang disodorkan oleh dokter yang mengobati peserta. Dengan demikian BPJS Kesehatan juga harus memperhatikan penyaluran

kartu peserta dengan baik, dan fasilitas layanan di rumah sakit. Sehingga masyarakat yang berhak bisa mendapatkan pelayanan kesehatan. Pemda perlu mengalokasikan anggaran yang cukup untuk memperkuat infrastruktur kesehatan. Pasalnya, ke depan, Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan pemerintah daerah (Jamkesda) tidak berlaku lagi (<http://www.bpjs-kesehatan.go.id/berita-117-bpjs-kesehatan-harus-mengantisipasi-potensi-masalah.html>, diakses pada jam 09.00 pada tanggal 8 Januari 2014).

Fachmi Idris – selaku Direktur Utama PT Askes – mengatakan peserta yang dikelola PT Askes sekarang sekitar 16,4 juta orang. Ketika BPJS Kesehatan berjalan tahun depan jumlah peserta ditargetkan minimal 121,6 juta orang. Untuk memberikan pelayanan yang baik terhadap ratusan juta peserta itu menurut Fachmi bukan hal mudah. Sebab harus dibarengi dengan kesiapan fasilitas kesehatan yang memadai. Jika persiapan itu tidak dilakukan dengan baik dikhawatirkan media akan menyorot bahwa penyelenggaraan BPJS Kesehatan secara umum bermasalah sehingga mempengaruhi perspektif publik. Padahal, yang terjadi tidak seperti itu. Fachmi mengakui ada persoalan yang menjadi tanggungan Kemenkes dan harus segera diselesaikan, yaitu tunggakan membayar klaim terhadap RS yang sudah memberikan pelayanan untuk peserta Jamkesmas yang totalnya mencapai Rp. 1,8 triliun. Harapannya pemerintah dengan bantuan DPR segera menuntaskan persoalan tersebut, sehingga, BPJS Kesehatan dapat berjalan lancar, jika tidak maka RS berpotensi menolak peserta (<http://www.bpjs-kesehatan.go.id/berita-117-bpjs-kesehatan-harus-mengantisipasi-potensi-masalah.html>, diakses pada jam 09.00 pada tanggal 8 Januari 2014).

Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan (Kemenkes), Akmal Taher, mengatakan tugas Kemenkes bukan hanya menyiapkan fasilitas kesehatan untuk peserta BPJS Kesehatan, tetapi juga menangani seluruh penduduk Indonesia yang jumlahnya sekitar 250 juta jiwa. Kemenkes sudah menyiapkannya, akan tetapi, persiapan itu harus ditingkatkan lagi karena program BPJS Kesehatan menuntut kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Atas dasar itu Akmal menyebut Kemenkes membuat standarisasi pelayanan untuk memberi pelayanan kesehatan di tingkat primer dan lanjutan. Dengan begitu diharapkan peserta BPJS Kesehatan mendapat pelayanan yang baik sebagaimana amanat peraturan perundang-undangan. Seluruh fasilitas kesehatan milik pemerintah wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Namun, Akmal mengatakan sampai saat ini pemerintah masih kekurangan sejumlah fasilitas kesehatan, seperti tempat tidur di RS. Untuk mengatasi masalah itu BPJS Kesehatan diimbau untuk menggandeng RS swasta (<http://www.bpjs-kesehatan.go.id/berita-117-bpjs-kesehatan-harus-mengantisipasi-potensi-masalah.html>, diakses pada jam 09.00 pada tanggal 8 Januari 2014).

Hasil dari survey yang dilakukan dengan mewawancarai beberapa informan diantaranya adalah satu Rumah Sakit swasta di Depok, satu Rumah Sakit pemerintah di Depok, salah satu Puskesmas di Bogor, BPJS Kantor Operasional Depok, serta peserta JKN dan non JKN di wilayah Depok-Bogor menunjukkan bahwa terdapat beberapa fenomena yang memerlukan perhatian khusus dari pihak BPJS sebagai badan pelaksana program. Salah satu fenomena tersebut adalah peserta yang diintegrasikan dari PT. Askes menjadi peserta BPJS merasakan dampak penurunan kualitas pelayanan karena sistem yang ada dalam penyelenggara dan penyedia pelayanan kesehatan masih belum stabil. Salah satu bukti penurunan kualitas yang peserta alami adalah hak peserta Askes dikurangi terkait berbedanya obat yang dapat diklaim dari Askes dan dari BPJS, juga obat yang diberikan oleh BPJS akan diutamakan obat generik. Selain itu jumlah obat di setiap rumah sakit dibatasi seperti obat untuk penyakit kronis hanya diberikan untuk satu minggu penggunaan sehingga pasien harus kontrol kembali dalam waktu yang relatif singkat. Hal ini memberikan dampak kepada pasien dengan penyakit kronis yang membutuhkan obat seumur hidupnya, juga kepada pasien lanjut usia dengan segala keterbatasan akibat penyakitnya terpaksa harus kembali lagi ke RS

(<http://regional.kompasiana.com/2014/10/29/fenomena-pelaksanaan-jaminan-kesehatan-nasional-di-depok-bogor-699272.html>, diakses pada jam 09.00 pada tanggal 8 Januari 2014).

Kekhawatiran masyarakat terhadap penyelenggaraan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bidang kesehatan tidak dapat berjalan mulai 1 Januari 2014 ternyata tidak terbukti. Salah satu kekhawatiran adalah sedikitnya rumah sakit yang bersedia mengikuti program yang diluncurkan pemerintah. Kekhawatiran itu patah saat Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat Agung Laksono mengatakan, setidaknya 1.700 rumah sakit di berbagai daerah telah menandatangani nota kesepahaman (MoU) untuk pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional (SJSN) bidang kesehatan. Sebanyak 1.700 rumah sakit tersebut, nantinya akan melayani masyarakat yang memiliki asuransi kesehatan dari penyelenggaraan BPJS bidang kesehatan. Pemerintah juga telah mengalokasikan Rp. 19,9 triliun pada APBN 2014 untuk asuransi kesehatan bagi 86,4 juta warga miskin dan kurang mampu. Selain itu, lebih dari 35 juta jiwa para PNS, aparat kepolisian dan pegawai BUMN telah bergabung dalam program tersebut. Dengan demikian total terdapat 121,6 juta jiwa yang bergabung dan masih sekitar 125 juta jiwa yang belum masuk dalam program ini.

Keberhasilan suatu pembangunan tidak hanya dipengaruhi oleh program-program yang sesuai, akan tetapi juga dipengaruhi oleh pelaksanaan program tersebut. Meskipun apa yang dirumuskan telah mendukung keadilan, tetapi dalam pelaksanaannya masih banyak mengalami permasalahan. Agar implementasi program dapat terlaksana dengan baik, maka kebutuhan-kebutuhan pelaksanaan harus terpenuhi. Salah satunya adalah pendanaan dan peralatan yang diperlukan.

Pada saat pemerintah memberikan jaminan kesehatan dalam implementasinya melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah

(Jamkesda), skema-skema tersebut masih terfragmentasi, terbagi-bagi, kemudian dampak yang lebih besar lagi adalah sulit terkendalinya biaya kesehatan dan mutu pelayanan. Keterbatasan anggaran yang tersedia menyebabkan kualitas pelayanan pada masyarakat penerima Jamkesmas juga terbatas. Pada tahun 2009, dana yang disiapkan bagi pelaksanaan Jamkesmas sebesar Rp. 2.735.637.961.00, akan tetapi dalam rekapitulasi penyerapan dana Jamkesmas masih banyak yang belum dipertanggungjawabkan. Misalnya untuk Jawa Timur, dari dana yang diluncurkan, yaitu sebesar Rp. 327.717.745.000 terdapat dana yang belum dipertanggungjawabkan sebesar Rp. 192.745.499.031. Dengan demikian implementasi Program Jamkesmas pada tahun 2009 masih banyak menyisakan permasalahan mengenai penggunaan pendanaan program. Meskipun dana program telah tersedia, akan tetapi jika penggunaan dan penyalurannya kurang tepat, akan memberikan hasil yang kurang memuaskan. (<http://www.setkab.go.id/pro-rakyat-8969-perpaduan-jamkesmas-dan-jamkesda-optimalikan-layanan-kesehatan.html>, diakses pada jam 09.00 pada tanggal 8 Januari 2014).

Hasbullah Tabrani – Guru Besar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia – yang juga turut merancang program ini mengatakan bahwa sistem BPJS mewajibkan semua yang mempunyai penghasilan untuk ikut asuransi. Menurut Tabrani, sistem ini diterapkan di negara-negara seperti Jepang, Taiwan, Korea Selatan. Asuransi komersial masih akan terus ada, hanya saja bersifat sebagai tambahan. Menurutnya, sejauh ini kesiapan pemerintah dalam melaksanakan program ini mencapai sekitar 70% - 80%. Hanya saja kurangnya sosialisasi, sehingga masih banyak warga yang belum mengetahui apa itu BPJS. Selain itu harga yang akan dibayarkan oleh BPJS kepada klinik, rumah sakit atau pun dokter masih di bawah rata-rata harga pasar, sehingga rumah sakit atau klinik dokter yang sudah laku kemungkinan belum mau ikut menandatangani kontrak ini (http://www.bbc.co.uk/indonesia/berita_indonesia/2013/12/131231_bpjs_jalan.shtml, diakses pada jam 09.00 pada tanggal 8 Januari 2014).

Untuk Jawa Timur sendiri, terhitung tanggal 1 Januari 2014, penanganan kesehatan bagi 40 persen masyarakat di Jawa Timur ditangani Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Wakil Gubernur Jatim Saifullah Yusuf mengatakan, 17,1 juta jiwa masyarakat Jatim merupakan peserta peralihan otomatis peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) dan Asuransi Kesehatan (Askes). Rinciannya, Jamkesmas 14 ribu jiwa, pegawai negeri sipil (PNS) 2.163.139 jiwa, tentara nasional Indonesia (TNI) 171.846 jiwa, Polri 71 ribu jiwa, dan Jamsostek 922,3 ribu jiwa (<http://www.republika.co.id/berita/nasional/daerah/14/01/01/myqeol-bpjs-kesehatan-siap-layani-40-persen-masyarakat-jatim-per-1-januari-2014>, diakses pada jam 09.00 pada tanggal 8 Januari 2014).

Menurut Saifullah, BPJS merupakan revolusi pelayanan kesehatan untuk masyarakat. Program ini bertujuan tidak untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan di Indonesia. Selain itu juga memberikan jaminan kesehatan secara nasional. Pelaksanaan BPJS di Jawa Timur ini didukung fasilitas kesehatan antara lain 960 pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) yang tersebar di seluruh kabupaten atau kota di Jatim, juga 181 RS sekunder maupun tersier baik milik pemerintah dan swasta. Pihaknya menargetkan, pada tahun 2014 ditargetkan kepesertaan BPJS mencapai 60 persen, dan tahun 2016 kepesertaan BPJS akan selesai seratus persen. Selain itu, kata Saifullah, setiap ada perubahan pasti akan mengakibatkan beberapa goncangan. Karenanya akan diberlakukan masa transisi untuk pelaksanaan BPJS sampai 2016. Selama masa transisi, dia melanjutkan, pemerintah provinsi (Pemprov) Jatim akan tetap memberikan dukungan untuk kelancaran BPJS. Dukungan itu antara lain Pemprov Jatim akan tetap memberikan subsidi jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) kepada 700 ribu orang yang belum mengikuti BPJS, dan untuk 300 ribu jiwa lainnya akan disubsidi oleh Pemerintah Kabupaten atau Kota. Sedangkan untuk pelayanan kesehatan khusus seperti penyakit kusta, talasemia, hemofilia, dan penyakit jiwa akan tetap dikelola oleh Pemprov

Jatim sehingga semua lapisan masyarakat bisa terlayani dengan baik.

(<http://www.republika.co.id/berita/nasional/daerah/14/01/01/mygeol-bpjs-kesehatan-siap-layani-40-persen-masyarakat-jatim-per-1-januari-2014>, diakses pada jam 09.00 pada tanggal 8 Januari 2014).

Saifullah menambahkan, dibutuhkan pengembangan yang inovatif agar ke depannya semua masyarakat Jatim baik individu, keluarga dan perusahaan memiliki kesadaran akan pentingnya asuransi kesehatan sama dengan asuransi lainnya. Diharapkan secara bertahap seluruh masyarakat Jatim bisa menjadi peserta BPJS. Selain itu kemungkinan juga ada dampak dengan diberlakukannya BPJS yaitu: (1) adanya persaingan pelayanan kesehatan antar rumah sakit (RS), yang memungkinkan adanya motivasi agar semua RS semakin meningkatkan pelayanannya, karena pasien akan semakin selektif dalam memilih RS, dan (2) Adanya kesadaran pada masyarakat untuk hidup sehat, karena setelah kualitas layanan meningkat dengan sendirinya akan berkurang jumlah penduduk Indonesia yang berobat ke luar negeri.

(<http://www.republika.co.id/berita/nasional/daerah/14/01/01/mygeol-bpjs-kesehatan-siap-layani-40-persen-masyarakat-jatim-per-1-januari-2014>, diakses pada jam 09.00 pada tanggal 8 Januari 2014).

Dari berbagai persoalan pelaksanaan program dari BPJS Kesehatan tampak masih banyaknya persoalan akan pelaksanaan program JKN yang adanya persoalan kartu BPJS dibagian kepesertaan, adanya masalah fasilitas layanan dibagian pelayanan, dan ada persoalan sulitnya klaim untuk biaya yang dipertanggungjawabkan dibagian pengajuan klaim. Banyaknya persoalan ini sehingga menarik perhatian peneliti untuk meneliti bagaimana pelaksanaan program JKN.

Penyelenggara pelayanan BPJS Kesehatan dokter keluarga, klinik, puskesmas, dan rumah sakit. Alur Pelayanan Peserta BPJS Kesehatan adalah peserta datang berobat ke puskesmas/dokter/klinik pertama, jika dirasa perlu maka peserta dapat meminta rujukan ke rumah sakit, kemudian menyerahkan rujukan dan persyaratan yang dibutuhkan BPJS Kesehatan di BPJS center, apabila persyaratan sudah lengkap bisa berobat di rumah sakit.

Penelitian ini akan dilakukan ditingkat pelayanan BPJS Kesehatan yaitu di rumah sakit, karena rumah sakit merupakan penyelenggara BPJS Kesehatan yang menyiapkan fasilitas paling lengkap dan banyak pasien yang merujuk kesana, karena potensi permasalahan pelayanan kesehatan semakin besar.

Peneliti mengambil lokasi di Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya sebagai subyek penelitiannya. Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya merupakan RSU Tipe B Pendidikan sehingga rujukan askes primer yang dari puskesmas dirujukan ke RSU Haji yang sebagai askes sekunder. RSU Haji Surabaya mempunyai fasilitas yang cukup memadai dan ditunjang dengan alat medis canggih dan dokter spesialis senior di Kota Surabaya. Selain itu RSU Haji merupakan salah satu rumah sakit umum di Surabaya yang lulus ISO. ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 30 Januari 2007-30 Januari 2008, ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 22 Januari 2008-22 Januari 2009, ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 22 Januari 2009-22 Januari 2010, re-certification ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 22 Juni.

Adanya Kebijakan pemerintah tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional (BPJS) sudah barang tentu sudah disikapi oleh RSU Haji Surabaya. Apalagi informasi mengenai kebijakan ini perlu diketahui dan dipahami oleh seluruh Masyarakat Indonesia, sehingga perlu dilakukan penyebaran informasi melalui sosialisasi kepada semua pemangku kepentingan dan masyarakat pada umumnya.

1.2. Perumusan Masalah

Melalui pemaparan latar belakang masalah di atas, maka perumusan masalah yang dikaji dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimanakah pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Haji Surabaya?

1.3. Tujuan Penelitian

Melalui uraian dari perumusan masalah di atas, maka tujuan penelitian ini dapat dipaparkan sebagai berikut:

2. Mendeskripsikan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Haji Surabaya.

1.4. Manfaat Penelitian

Melalui penelitian yang dilakukan ini, nantinya hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat berikut:

1. Manfaat Akademis

Sebagai sarana dalam upaya pengembangan kemampuan peneliti dalam menganalisis dan menggambarkan suatu fenomena sosial tentang kebijakan yang dibuat pemerintah pelayanan kesehatan yang kemudian memberi wewenang kepada suatu badan untuk menjalankan kebijakan tersebut.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran secara umum tentang pelaksanaan dari suatu kebijakan, yang kemudian dapat memberi masukan kepada pihak yang terkait sehingga dapat mengetahui bagaimana langkah strategis diterapkan dalam pelaksanaan suatu kebijakan tersebut.

1.5. Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual merupakan pedoman yang menggunakan istilah yang khusus untuk menggambarkan secara tepat fenomena yang hendak diteliti dan akan digunakan sebagai dasar dalam melakukan penelitian secara ilmiah. Konsep menurut Sofian Efendi adalah “Istilah dan definisi yang digunakan untuk menggambarkan secara abstrak kejadian, keadaan, kelompok, atau individu yang menjadi pusat perhatian ilmu sosial” (Singarimbun, Masri & Efendi, Sofian 2006: 33)

Kerangka konseptual dari penelitian ini didasarkan pada kenyataan bahwa pentingnya jaminan pelayanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di RSUD Haji Surabaya. Dengan adanya program ini, diharapkan agar semua lapisan masyarakat memperoleh jaminan pelayanan kesehatan secara mudah, murah dan merata, sehingga akan dapat mewujudkan derajat masyarakat yang lebih baik.

Selanjutnya konsep-konsep yang dipakai dalam penelitian ini dibagi menjadi sebagai berikut :

1.5.1 Pelaksanaan Program

Sebelum mengupas tentang pengertian pelaksanaan program akan di kupas lebih lanjut mengenai pengertian pelaksanaan dan program.

1.5.1.1 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah proses sistimatis untuk secara kritis mendiskusikan bagaimana dan apa, mempertanyakan, secara ulet menindak-lanjuti, dan memastikan akuntabilitas (Larry dan Ram, 2004: 29). Hal ini juga mencakup tentang membuat asumsi-asumsi tentang lingkungan organisasi, mengevaluasi kemampuan-kemampuan organisasi, menghubungkan strateg idengan operasi dan orang-orang yang mengimplimentasikan strateginya, mensinkronkan orang-orang tersebut dengan berbagai disiplin mereka, dan menghubungkan imbalan dengan hasil-hasil.

Pelaksanaan atau penggerakan (*actuating*) (Nawawi, 2000: 95) adalah yang dilakukan setelah sebuah organisasi memiliki perencanaan dan melakukan pengorganisasian dengan memiliki struktur organisasi termasuk tersedianya personil sebagai pelaksana sesuai dengan kebutuhan unit atau satuan kerja yang dibentuk.

Mengenai fungsi-fungsi manajemen, banyak sekali pandangan-pandangan yang berbeda antara satu dengan yang lainnya. Pandangan dari George R. Terry yang merumuskan fungsi-fungsi manajemen yaitu disingkat menjadi POAC (*planning, organizing, actuating and controlling*).

Dalam hal ini, George R. Terry mengemukakan bahwa pelaksanaan (*actuating*) merupakan usaha menggerakkan anggota-anggota kelompok sedemikian rupa hingga mereka

berkeinginan dan berusaha untuk mencapai sasaran perusahaan dan sasaran anggota-anggota perusahaan tersebut oleh karena para anggota itu juga ingin mencapai sasaran-sasaran tersebut (<http://akhmadsudrajat.wordpress.com/2008/02/03/konsep-manajemen-sekolah/>, diakses pada jam 09.00 pada tanggal 26 September 2014).

Dari beberapa definisi diatas dapat diartikan pelaksanaan adalah suatu proses yang dilakukan organisasi setelah membuat perencanaan dan pengorganisasian secara kritis mendiskusikan bagaimana dan apa, mempertanyakan, secara ulet menindak-lanjuti, dan memastikan akuntabilitas untuk menggerakkan anggota-anggota organisasi hingga mereka berkeinginan dan berusaha untuk mencapai sasaran organisasi.

1.5.1.2 Program

Program merupakan kumpulan kegiatan untuk menjalankan misi dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan, dimana capaian target ditetapkan setiap tahun selama kurun waktu tertentu yang akan dijabarkan lebih lanjut dalam suatu rencana kinerja (*performance plan*) dan merupakan bagian integral dalam proses perencanaan strategi dan merupakan dasar yang kuat untuk mengendalikan dan memantau pencapaian kinerja serta lebih menjamin suksesnya pelaksanaan rencana jangka panjang yang sifatnya menyeluruh (<http://itjen.kemenkumham.go.id/profil/program-kegiatan>, diakses pada jam 09.00 pada tanggal 26 September 2014).

Menurut Bintoro Tjockroamidjojo (1990: 194) yang dimaksud program adalah:

“... is taken to mean a form of organized social activity with a specific objective, limited in space and time. Of often consist of an interrelated froup of „projæt” and usually limited to one or more on organizations and activities.”

(Program adalah suatu aktivitas sosial yang terorganisasi dengan tujuan tertentu yang spesifik dalam ruang dan waktu yang terbatas yang terdiri dari berbagai proyek yang saling berhubungan dan biasanya terbatas pada satu atau lebih organisasi atau aktivitas).

Sebuah program bukan hanya kegiatan tunggal yang dapat diselesaikan dalam waktu singkat, tetapi merupakan kegiatan yang berkesinambungan karena melaksanakan suatu kebijakan. Oleh karena itu, sebuah program dapat berlangsung dalam kurun waktu relatif lama. Pelaksanaan program selalu terjadi dalam sebuah organisasi yang artinya harus melibatkan sekelompok orang.

Untuk melaksanakan suatu program, seorang administrator dan ataupun manajer perlu menguasai berbagai pengetahuan dan ketrampilan, yaitu:

1. Pengetahuan dan ketrampilan motivasi (*motivation*)

Motivasi ialah upaya untuk menimbulkan rangsangan, dorongan dan ataupun pembangkit tenaga pada seseorang dan ataupun sekelompok masyarakat sehingga orang ataupun sekelompok masyarakat tersebut mau berbuat dan bekerjasama secara optimal melaksanakan sesuatu yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (dalam Azwar, 1996: 159-160).

2. Pengetahuan dan ketrampilan komunikasi (*communication*)

Komunikasi diartikan sebagai proses penyampaian dan penerimaan informasi yang menjadi salah satu sumber daya untuk menjaga, memelihara, memajukan dan Y8mengembangkan organisasi secara dinamis sesuai dengan tujuannya (Nawawi, 2000: 99). Komunikasi sangat penting dalam menciptakan dan mengembangkan jaringan kerja internal dan eksternal, yang berpengaruh pada kinerja organisasi dalam mewujudkan eksistensinya melalui pencapaian tujuannya.

3. Pengetahuan dan ketrampilan kepemimpinan (*leadership*)

Kepemimpinan menurut Georjy R. Terry (dalam Azwar, 1996: 182) adalah hubungan yang terciptadari adanya pengaruh yang dimiliki oleh seseorang terhadap orang-orang lain sehingga secara sukarela mau dan bersedia bekerja sama untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

4. Pengetahuan dan ketrampilan pengarahan (*directing*)

Pengarahan adalah kegiatan menciptakan, memelihara, menjaga atau mempertahankan dan memajukan organisasi melalui setiap personil, baik secara struktural maupun fungsional agar langkah operasionalnya tidak keluar dari usaha mencapai tujuan organisasi (Nawawi, 2000: 95).

5. Pengetahuan dan ketrampilan pengawasan (*controlling*)

Pengawasan ialah suatu proses untuk mengukur penampilan suatu program yang kemudian dilanjutkan dengan yang telah ditetapkan dapat tercapai (Azwar, 1996: 198).

Untuk melaksanakan program kesehatan, pengetahuan dan ketrampilan seperti ini sangat diperlukan. Karena ruang lingkup program kesehatan masyarakat tidak hanya menyangkut pengaturan bawahan yang dimiliki, tetapi juga masyarakat banyak, kepada siapa program kesehatan masyarakat tersebut ditujukan.

Menurut definisi-definisi diatas jadi program adalah suatu kumpulan kegiatan sosial yang terorganisasi dengan tujuan yang telah ditetapkan dari berbagai proyek yang saling berhubungan dan biasanya terbatas pada satu atau lebih organisasi atau aktivitas.

Program merupakan unsur pertama yang harus ada demi tercapainya kegiatan pelaksanaan program. Unsur lain yang harus dipenuhi dalam pelaksanaan program ialah adanya kelompok orang yang menguji sasaran program sehingga kelompok orang tersebut

merasa ikut dilibatkan dan membawa hasil dari program yang dijalankan dan adanya perubahan serta peningkatan dalam kehidupannya.

Tanpa memberikan manfaat pada kelompok orang, boleh dikatakan program tersebut telah gagal dilaksanakan. Berhasil tidaknya suatu program dilaksanakan tergantung dari unsur pelaksanaannya. Unsur pelaksanaan itu merupakan unsur ketiga. Pelaksana adalah hal penting dalam mempertanggungjawabkan pengolahan maupun pengawasan dalam pelaksanaan, baik itu organisasi ataupun perorangan (Jones, 1994: 298).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan program adalah tindakan-tindakan yang dilaksanakan oleh individu-individu atau kelompok-kelompok terhadap suatu objek atau sasaran yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya, melalui adanya organisasi, interpretasi dan penerapan.

Salah satu pelaksanaan program kesehatan yang diselenggarakan pemerintah saat ini adalah program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS), yang dimaksudkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, sebagai upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Dalam penerapan standart kompetensi tenaga kesehatan yang baik tentu sangat berperan penting pada JKN saat ini, dikarenakan dengan tenaga kesehatan yang telah kompeten maka Rumah Sakit dapat melakukan penghematan-penghematan yang cukup berarti.

Melalui program kesehatan seperti program JKN ini, setiap warga negara bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif yang mencakup promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative dengan biaya yang ringan karena menggunakan sistem asuransi.

Dengan menjadi peserta program JKN ini, pada saat berobat kita hanya perlu mengikuti prosedur yang ditetapkan dan menunjukkan kartu kepesertaan untuk mendapatkan layanan kesehatan sesuai kebutuhan.

Dalam konteks penelitian ini yang dimaksud pelaksanaan program JKN adalah tindakan-tindakan yang dilakukan oleh pemerintah untuk menjamin peserta JKN memperoleh pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

1.5.2 Kualitas Pelayanan

Secara teoritis, tujuan pelayanan kesehatan yang termasuk dalam pelayanan publik pada dasarnya adalah memuaskan masyarakat di bidang kesehatannya. Untuk mencapai kepuasan itu, pemerintah harus memberikan kualitas pelayanan yang baik. Berikut pengertian kualitas menurut beberapa tokoh.

Menurut Josep M.Juran kualitas didefinisikan sebagai kecocokan untuk pemakaian (*fitness of use*). Definisi ini menekankan orientasi pada pemenuhan harapan pelanggan (Nasution, 2001: 15).

Feigenbaum mendefinisikan kualitas sebagai kepuasan pelanggan sepenuhnya (*customer satisfaction*). Suatu produk atau jasa dikatakan berkualitas apabila kepuasan sepenuhnya pada konsumen yaitu sesuai dengan apa yang diharapkan konsumen (Nasution, 2001: 16).

Kualitas adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan (Sinambela, 2007: 6). Sedangkan kualitas menurut Pilip Kotler (1997:49) adalah

keseluruhan ciri serta sifat dari produk atau pelayanan yang terpengaruh pada kemampuan untuk memuaskan kebutuhan yang dinyatakan atau yang tersirat.

Banyak pendapat yang berbeda tentang definisi kualitas, karena kualitas memiliki ukuran relatif atas suatu produk atau jasa atau pelayanan yang dinilai dari atribut, desain, dan kesesuaian bagi para pembelinya.

Kualitas pelayanan merupakan pengalaman dan interaksi atau hubungan antara produsen dengan konsumennya atau pelanggannya. Bagi pelanggan kualitas pelayanan merupakan menyesuaikan diri dengan spesifikasi yang dituntut pelanggan. Pelanggan memutuskan bagaimana kualitas yang dimaksud dan apa yang dianggap penting.

Kualitas pelayanan menurut Ibrahim (2008: 22) adalah sesuatu yang berhubungan dengan terpenuhinya harapan atau kebutuhan pelanggan, dimana pelayanan dikatakan berkualitas apabila dapat menyediakan produk dan jasa sesuai dengan kebutuhan pelanggannya.

Berdasarkan pengertian kualitas pelayanan, baik yang konvensional maupun yang lebih strategis oleh Gaspersz (dalam Sinambela, 2007: 7) mengemukakan bahwa

1. Kualitas terdiri atas sejumlah keistimewaan produk, baik keistimewaan langsung, maupun keistimewaan atraktif yang memenuhi keinginan pelanggan dan memberikan kepuasan atas penggunaan produk.
2. Kualitas terdiri atas segala sesuatu yang bebas dari kekurangan atau kerusakan.

Menurut Garvin (dalam Tjiptono, 2000: 51-53) ada lima macam perspektif kualitas yang berkembang, kelima perspektif inilah yang dapat menjelaskan mengapa kualitas bias diartikan beraneka ragam. Adapun kelima perspektif kualitas tersebut adalah:

1. *Transcendental Approach*

Dalam pendekatan ini, kualitas dipandang sebagai innate excellence, di mana kualitas dapat dirasakan atau diketahui, tetapi sulit didenifisikan dan dioperasionalisasikan.

2. *Product Based Approach*

Pendekatan ini menganggap bahwa kualitas merupakan karakteristik atau atribut yang dapat dikuantitatifkan dan dapat diukur.

3. *User-based Approach*

Pendekatan ini didasarkan pada pemikiran bahwa kualitas tergantung pada orang yang memandangnya, sehingga produk yang paling memuaskan preferensi seseorang (misalnya *perceived quality*) merupakan yang berkualitas paling tinggi.

4. *Manufacturing Based Approach*

Perspektif ini bersifat supply based dan terutama memperhatikan praktik-praktik perekayasaan dan pemanufakturan, serta mengartikan kualitas sebagai kesesuaian dengan persyaratannya. Pendekatan ini berfokus pada penyesuaian spesifikasi yang dikembangkan secara internal, yang seringkali didorong oleh tujuan peningkatan produktivitas dan penekanan biaya. Jadi yang menentukan kualitas adalah standar-standar yang ditetapkan perusahaan, bukan konsumen yang menggunakannya.

5. *Value Based Approach*

Pendekatan ini memandang kualitas dari segi nilai dan harga. Dengan mempertimbangkan *trade off* antara kinerja dan harga, kualitas didenifisikan sebagai *affordable excellent*, artinya produk dengan kualitas yang dapat diterima pada tingkat harga yang wajar.

Pemahaman terhadap kualitas sebagaimana diuraikan di atas dapat bermanfaat dalam mengatasi konflik-konflik bagi setiap perusahaan dengan cara menggunakan perpaduan persepekrif kualitas dan secara aktif menyesuaikan setiap saat dengan kondisi yang dihadapi.

Kualitas memiliki hubungan yang erat dengan kepuasan pelanggan. Kualitas memberikan dorongan kepada pelanggan untuk menjalin ikatan hubungan yang kuat dengan perusahaan, untuk memahami harapan pelanggan serta kebutuhannya. Dengan demikian rumah sakit dapat meningkatkan kepuasan pelanggan di mana rumah sakit memaksimalkan pengalaman pelanggan yang menyenangkan dan meminimumkan pelayanan pelanggan yang kurang menyenangkan. Pada gilirannya kepuasan pelanggan dapat menciptakan kesetiaan atau loyalitas pelanggan kepada rumah sakit yang memberikan kualitas memuaskan.

Dari definisi-definisi di atas dapat diartikan kualitas adalah produk dan atau pelayanan yang dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan yang menggunakan produk dan atau pelayanan tersebut, sesuai dengan keinginan atau kebutuhan pelanggan.

Jadi kualitas pelayanan dapat diartikan produk dan atau pelayanan yang berhubungan dengan terpenuhinya harapan atau kebutuhan pelanggan, dimana pelayanan dikatakan berkualitas apabila dapat menyediakan produk dan atau pelayanan sesuai dengan keinginan atau kebutuhan pelanggan.

1.5.2.1 Dimensi Kualitas Pelayanan

Dimensi kualitas pelayanan menurut Garvin (dalam Tjiptono, 2004: 68) dan dapat digunakan sebagai kerangka perencanaan strategis dan analisis sebagai berikut:

1. Kinerja (*performance*) karakteristik operasi pokok dari produk inti, misalnya kecepatan, konsumsi bahan bakar, jumlah penumpang yang dapat diangkut, kemudahan dan kenyamanan dalam mengemudi, dan sebagainya.
2. Ciri-ciri atau keistimewaan tambahan (*features*), yaitu karakteristik sekunder atau pelengkap, misalnya kelengkapan interior dan eksterior seperti dash board, AC, sound system, door lock system, power steering, dan sebagainya.
3. Keandalan (*reliability*), yaitu kemungkinan kecil akan mengalami kerusakan atau gagal dipakai, misalnya mobil tidak sering ngadat/macet/rewel/rusak.
4. Kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance to specifications*), yaitu sejauh mana karakteristik desain dan operasi memenuhi standar-standar yang telah ditetapkan sebelumnya. Misalnya standar keamanan dan emisi terpenuhi.
5. Daya tahan (*durability*), berkaitan dengan berapa lama suatu produk dapat terus digunakan.
6. *Serviceability*, meliputi kecepatan, kompetensi, kenyamanan, mudah direparasi, serta penanganan keluhan yang memuaskan. Pelayanan yang diberikan tidak terbatas hanya sebelum penjualan, tetapi juga selama proses penjualan hingga purna jual, yang juga mencakup pelayanan reparasi dan ketersediaan komponen yang dibutuhkan.
7. Estetika, yaitu daya tarik produk terhadap panca indera, misalnya bentuk fisik mobil yang menarik, model/ desain yang artistik, warna, dan sebagainya.
8. Kualitas yang dipersepsikan (*perceived quality*), yaitu citra dan reputasi produk serta tanggung jawab perusahaan terhadapnya.

Sementara itu ada beberapa pakar pemasaran seperti Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (dalam Tjiptono, 2004: 69) yang mengidentifikasi sepuluh faktor utama yang menentukan kualitas pelayanan, yang meliputi:

1. *Reliability*, mencakup dua hal yang pokok, yaitu konsistensi kerja (*performance*) dan kemampuan untuk dipercaya (*dependability*).
2. *Responsiveness*, yaitu atau kesiapan para karyawan untuk memberikan jasa yang dibutuhkan pelanggan.
3. *Competence*, artinya setiap orang dalam suatu perusahaan memiliki ketrampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan agar dapat memberikan jasa tertentu.
4. *Access*, meliputi kemudahan untuk dihubungi dan ditemui.
5. *Courtesy*, meliputi sikap sopan santun, respek, perhatian, dan keramahan yang dimiliki para contact personal (seperti resepsionis, operator, dan lain-lain).
6. *Communication*, memberikan informasi kepada pelanggan dalam bahasa yang dapat mereka pahami serta selalu mendengarkan saran dan keluhan pelanggan.
7. *Credibility*, yaitu sifat jujur dan dapat dipercaya.
8. *Security*, yaitu aman dari bahaya, risiko, atau keragu-raguan.
9. *Understanding/Knowing the Customer*, yaitu usaha untuk memahami kebutuhan pelanggan.
10. *Tangibles*, yaitu bukti fisik dari jasa, bias berupa fasilitas fisik, peralatan yang dipergunakan, representasi fisik dari jasa.

Dalam perkembangan selanjutnya pada tahun 1988, Parasuraman dan kawan-kawannya menemukan sepuluh dimensi yang ada dapat dirangkum menjadi lima dimensi pokok (dalam Tjiptono, 2004:70) , yaitu meliputi:

1. Bukti langsung (*tangibles*), meliputi bukti fisik dari jasa, perlengkapan pegawai dan sarana komunikasi.
2. Kendala (*reliability*), yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan.

3. Daya tangkap (*responsiveness*), yaitu keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
4. Jaminan (*assurance*), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf; bebas dari bahaya, resiko, atau keraguan.
5. Empati, meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan para pelanggan.

1.5.3 Pelayanan Kesehatan

Sebelum menjelaskan pengertian pelayanan kesehatan akan di kupas lebih lanjut mengenai pelayanan dan kesehatan.

1.5.3.1 Pelayanan

Pelayanan dapat dilakukan dengan cara memberikan jasa-jasa dan barang, misalnya jasa pemeriksaan dokter, perawatan rumah sakit, pemberian obat-obatan ataupun alat-alat atau alat bantu dalam hal ada fisik yang cacat atau berkurang fungsinya (Zaeni Asyhadie, 2008: 29).

H. A. Moenir menyatakan pelayanan merupakan proses pemenuhan kebutuhan melalui aktivitas orang lain yang langsung (Moenir, 1997: 17). Jadi secara kodrati manusia dalam rangka mempertahankan hidupnya sangat memerlukan pelayanan baik dari diri sendiri maupun melalui karya orang lain.

Sedangkan definisi pelayanan yang paling simpel diberikan oleh Ivancevich, Lorenzi, Skinner dan Crosby (dalam Ratmiko & Atik Septi Winarsih, 2007: 2) pelayanan adalah produk-produk yang tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang melibatkan usaha-usaha manusia dan menggunakan peralatan.

Definisi yang lebih rinci diberikan oleh Gronroos (dalam Ratmiko & Atik Septi Winarsih, 2007: 2) pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan konsumen/pelanggan.

Dari definisi diatas dapat diketahui bahwa ciri pokok pelayanan adalah tidak kasat mata (tidak dapat diraba) dan melibatkan upaya manusia (karyawan) atau peralatan lain yang disediakan oleh perusahaan penyelenggara pelayanan.

Albert dan Zemke mengemukakan (dalam Ratmiko & Atik Septi Winarsih, 2007: 79) bahwa organisasi-organisasi yang bergerak dibidang pelayanan yang sangat berhasil memiliki tiga kesamaan, yaitu :

1. Disusunnya strategi pelayanan yang baik.
2. Orang digaris depan yang berorientasi pada pelanggan/konsumen.
3. Sistem pelanggan yang ramah.

Setiap organisasi harus mempunyai tiga faktor tersebut untuk mewujudkan kepuasan pelanggan. Interaksi diantara tiga faktor tersebut dikonsepsikan Albert dan Zemke sebagai Model Segitiga Pelayanan (*The Service Triangle*).

Pelayanan hakikatnya adalah serangkaian kegiatan, karena ia merupakan proses. Sebagai proses, pelayanan berlangsung secara rutin dan berkesinambungan meliputi seluruh kehidupan organisasi dalam masyarakat (Moenir, 2002 : 27).

Berdasarkan beberapa definisi di atas pelayanan adalah serangkaian kegiatan yang diberikan oleh satu pihak kepada pihak lain yang tidak berwujud dan bertujuan memberikan kepuasan kepada pihak yang dilayani.

Dalam memasarkan produknya produsen atau penjual selalu berusaha untuk memuaskan keinginan dan kebutuhan para pelanggan mereka dan berusaha mencari para pelanggan baru. Dalam usaha tersebut tidak terlepas dari adanya pelayanan. Agar loyalitas pelanggan semakin melekat erat dan pelanggan tidak berpaling pada pelayanan lain, penyedia jasa perlu menguasai lima unsur pelayanan yaitu:

1. Cepat

Yang dimaksud dengan kecepatan di sini adalah adalah waktu yang digunakan dalam melayani konsumen minimal sama dengan batas waktu dalam standar pelayanan yang ditentukan oleh perusahaan. Bila pelanggan menetapkan membeli suatu produk, tidak saja harga yang dinilai dengan uang tetapi juga dilihat dari faktor waktu.

2. Tepat

Kecepatan tanpa ketepatan dalam bekerja tidak menjamin kepuasan konsumen, karena tidak dapat memenuhi keinginan dan harapan konsumen. Oleh karena itu, ketepatan sangat penting dalam pelayanan.

3. Aman

Dalam melayani konsumen, para petugas pelayanan harus memberikan perasaan aman pada konsumen. Tanpa perasaan aman di dalam hatinya niscaya konsumen akan

berpikir dua kali jika harus kembali ke tempat tersebut. Rasa aman yang dimaksudkan di sini adalah selain rasa aman fisik adalah rasa aman psikis. Dengan adanya keamanan maka seorang konsumen akan merasa tentram dan mempunyai banyak kesempatan untuk memilih dan memutuskan apa yang diinginkan.

4. Ramah

Dalam dunia pelayanan umumnya masih menggunakan perasaan dan mencampuradukkan antara kepentingan melayani dan perasaan sendiri. Jika penjual tersebut beramah tamah secara professional terhadap pelanggan, niscaya perusahaan dapat lebih meningkatkan hasil penjualan karena kepuasan pelanggan yang akan membuat pelanggan menjadi loyal.

5. Nyaman

Jika rasa nyaman dapat diberikan pada pelanggan, maka pelanggan akan berulang kali menggunakan jasa atau produk yang ditawarkan. Jika pelanggan merasa tenang, tenteram, dalam proses pelayanan tersebut pelanggan akan memberikan kesempatan kepada perusahaan untuk menjual produk atau jasa yang ditawarkan. Pelanggan juga akan lebih leluasa dalam menentukan pilihan sesuai dengan yang diinginkan.

Ada beberapa karakteristik dari pelayanan yang perlu diperhatikan demi tercapainya kepuasan pelayanan yaitu:

1. Tidak berwujud (*intangibility*)

Pelayanan mempunyai sifat tidak berwujud, tidak dapat dilihat, tidak dapat dirasakan, dan dinikmati sebelum dibeli konsumen. Menurut Berry (dalam Tjiptono, 2002: 15) konsep *intangibility* memiliki dua pengertian yaitu:

a. Sesuatu yang tidak dapat disentuh dan tidak dapat dirasa.

b. Sesuatu yang tidak mudah didefinisikan, diformulasikan, atau dipahami secara rohaniyah.

2. Tidak dapat dipisahkan (*inseparitibility*)

Pada umumnya pelayanan yang diproduksi (dihasilkan) dan dirasakan pada waktu bersamaan dan apabila dikehendaki oleh seseorang untuk diserahkan kepada pihak lainnya, maka mereka merupakan bagian dari pelayanan itu. Ciri khusus dalam pemasaran jasa adalah adanya interaksi antara penyedia jasa dan pelanggan.

3. *Variability/heterogeneity/inconsistency*

Pelayanan senantiasa mengalami perubahan tergantung dari siapa penyedia pelayanan dan kondisi dimana pelayanan tersebut diberikan. Pelayanan bersifat sangat variabel karena merupakan *nonstandardized output*, artinya banyak variasi bentuk, kualitas dan jenis, tergantung pada siapa, kapan, dan di mana pelayanan tersebut dihasilkan. Ada tiga faktor yang menyebabkan variabilitas kualitas pelayanan menurut Boe, Houston, dan Thill (dalam Tjiptono, 2002:17) yaitu kerjasama atau partisipasi pelanggan selama penyampaian jasa, moral/motivasi karyawan dalam melayani pelanggan, dan beban kerja perusahaan.

4. Tidak tahan lama (*Perishability*)

Pelayanan tidak dapat disimpan sebagai persediaan yang siap dijual atau dikonsumsi pada saat diperlukan, karena hal tersebut maka pelayanan tidak tahan lama. Dengan demikian bila suatu pelayanan tidak digunakan, maka pelayanan tersebut akan berlalu begitu saja.

5. *Lack of ownership*

Lack of ownership merupakan perbedaan dasar antara barang dan jasa/pelayanan. Pada pembelian barang, konsumen memiliki hak penuh atas penggunaan dan manfaat produk

yang dibelinya. Mereka bisa mengkonsumsi, menyimpan atau menjualnya. Di lain pihak, pada pembelian jasa atau pelayanan, pelanggan mungkin hanya memiliki akses personal atas suatu jasa untuk jangka waktu yang terbatas. Pembayaran biasanya ditujukan untuk pemakaian, akses atau penyewaan item-item tertentu berkaitan dengan jasa/pelayanan yang ditawarkan.

Pelayanan dirumuskan sebagai : *“A total organizational approach that makes quality of services as perceived by the customer*

1.5.3.2 Kesehatan

Sehat menurut WHO 1947 dan UU Pokok Kesehatan No.9 tahun 1960 suatu keadaan sejahtera sempurna dari fisik, mental dan sosial yang tidak hanya terbatas pada bebas dari penyakit atau kelemahannya saja.

Menurut UU No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan menyatakan bahwa sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dalam pengertian ini maka kesehatan harus dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh terdiri dari unsur-unsur fisik, mental dan sosial dan di dalamnya kesehatan jiwa merupakan bagian integral kesehatan.

Sedangkan sehat menurut White (dalam Azwar, 1996: 5) ialah keadaan dimana seseorang pada waktu diperiksa oleh ahlinya tidak mempunyai keluhan ataupun tidak terdapat tanda-tanda penyakit atau kelainan.

Dalam pengertian yang paling luas sehat merupakan suatu keadaan yang dinamis dimana individu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan internal (psikologis, intelektual, spiritual dan penyakit) dan eksternal (lingkungan fisik, sosial, dan ekonomi) dalam mempertahankan kesehatannya.

Dari definisi-definisi diatas dapat diartikan pula kesehatan itu merupakan keadaan yang sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang diupayakan melalui tindakan menjaga, memelihara, dan meningkatkan derajat kesehatannya sehingga bisa hidup produktif dan mempunyai tenaga yang sebaik-baiknya.

1.5.3.3 Sistem Kesehatan

Sistem ialah kumpulan dari bagian-bagian yang berhubungan dan membentuk satu kesehatan yang majemuk, dimana masing-masing bagian bekerja sama secara bebas dan terkait dalam mencapai sasaran kesatuan dalam suatu situasi yang majemuk pula (Azwar, 1996: 19).

Sistem kesehatan tidak lain adalah suatu gabungan, suatu kumpulan dan atau suatu kesatuan dari berbagai elemen dan atau bagian yang ada hubungannya dengan kesehatan, yang kesemuanya berfungsi dan bergerak dalam satu derap yang sama dalam upaya mencapai suatu tujuan yang sama pula yakni terciptanya keadaan yang sehat bagi perorangan, kelompok dan ataupun masyarakat (Azwar, 1996: 95).

Sistem terbentuk dari elemen atau bagian yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Di dalam suatu sistem terdapat elemen-elemen atau bagian-bagian dimana di dalamnya juga membentuk suatu proses di dalam satu kesatuan, maka disebut sub sistem (Soekidjo, 2003: 88).

Yang dimaksud sub sistem adalah sub sistem dalam sistem kesehatan adalah (Soekidjo, 2003: 88):

1. Masukan (*input*)

Adalah sub elemen-sub elemen yang diperlukan sebagai masukan untuk berfungsinya sistem.

2. Proses

Ialah suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah masukan sehingga menghasilkan suatu (*output*) yang direncanakan.

3. Keluaran (*out put*)

Ialah hal yang dihasilkan oleh proses.

4. Dampak (*impact*)

Akibat yang dihasilkan oleh keluaran (*output*) setelah beberapa waktu lumayan lamanya.

5. Umpan Balik (*feed back*)

Ialah juga merupakan hasil dari proses yang sekaligus sebagai masukan untuk sistem tersebut.

6. Lingkungan (*environment*)

Ialah dunia di luar sistem yang mempengaruhi sistem tersebut.

Jika sistem kesehatan dipandang sebagai suatu upaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan, maka yang dimaksud dengan:

1. Masukan ialah perangkat administrasi yakni tenaga, dana, sarana, dan metode atau sumber, tata cara dan kesanggupan.
2. Proses ialah fungsi administrasi, yang terpenting ialah perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan penilaian.
3. Keluaran ialah pelayanan kesehatan yakni yang akan dimanfaatkan oleh masyarakat

1.5.3.4 Unsur Pokok Sistem Kesehatan

Suatu sistem kesehatan yang baik harus memenuhi tiga syarat pokok yakni:

1. Organisasi Pelayanan (*organization of services*)
2. Organisasi pembiayaan (*organization of finances*)
3. Mutu pelayanan dan pembiayaan (*quality of services and finances*)

Pelayanan kesehatan menurut Pusdokes Polri adalah upaya, pekerjaan atau kegiatan kesehatan yang ditujukan untuk mencapai derajat kesehatan perorangan atau masyarakat yang optimal atau setinggi-tingginya (<http://mabanget.wordpress.com/2013/03/01/tugas-ikm-pelayanan-kesehatan/>, diakses pada jam 09.00 pada tanggal 26 September 2014).

Umumnya pelayanan kesehatan masyarakat disediakan melalui program-program kesehatan secara lokal, lebih fokus pada promotif dan pencegahan atau upaya perubahan masyarakat dalam mengatasi suatu masalah kesehatan.

Definisi pelayanan kesehatan menurut Depkes RI adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat (<http://www.depkes.go.id/>, diakses pada jam 09.00 pada tanggal 26 September 2014). Sesuai dengan batasan seperti di atas, mudah dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang ditemukan banyak macamnya.

Definisi pelayanan kesehatan adalah sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif(peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat (Soekidjo, 2003: 89).

Hal ini yang menjadi dasar definisi pelayanan kesehatan adalah hal yang tak perlu lagi diragukan. Karena pelayanan kesehatan adalah pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat yang sakit. Jadi, pelayanan kesehatan menurut definisi-definisi diatas adalah upaya yang ditujukan atau diselenggarakan untuk pasien rawat inap dalam memelihara, promotif

(peningkatan kesehatan), prevektif (pencegahan), menyembuhkan serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, masyarakat secara optimal atau setinggi-tingginya.

Dalam praktek sehari-hari, betapapun bervariasinya pelayanan kesehatan tersebut, secara umum sering dibedakan atas dua macam pelayanan kesehatan yaitu Pelayanan Kedokteran (*medical services*) dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (*public health services*), yaitu:

1. Pelayanan kedokteran : Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.
2. Pelayanan kesehatan masyarakat : Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (*public health service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sarannya untuk kelompok dan masyarakat (Azwar, 1996: 40-41)

1.5.3.5 Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Suatu pelayanan harus mempunyai persyaratan pokok, sekalipun pelayanan kedokteran berbeda dengan pelayanan kesehatan masyarakat, namun keduanya haruslah memiliki persyaratan pokok. Hal ini dimaksudkan persyaratan pokok itu dapat memberi pengaruh kepada pasien dalam menentukan keputusannya terhadap penggunaan ulang pelayanan kesehatan.

1. Sesuai dengan kebutuhan pemakai jasa pelayanan

Syarat pokok pertama pelayanan yang baik adalah yang sesuai dengan kebutuhan pemakai jasa pelayanan kesehatan. Untuk pelayanan kedokteran, pemakai kesehatan masyarakat adalah masyarakat secara utuh.

2. Dapat dijangkau oleh mereka yang membutuhkan

Syarat pokok kedua pelayanan yang baik adalah yang dapat dijangkau oleh mereka yang membutuhkan. Pengertian terjangkau di sini tidak hanya dari sudut jarak atau lokasi, tetapi juga dari sudut pembiayaan.

3. Sesuai dengan prinsip ilmu dan teknologi kedokteran

Syarat pokok ketiga pelayanan yang baik adalah yang sesuai dengan prinsip-prinsip ilmu dan teknologi kedokteran. Dengan perkataan lain, suatu pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang terjamin mutunya.

1.5.3.6 Bentuk Pelayanan Kesehatan

Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo (dalam Soekidjo, 2008:91) menyatakan sakit juga mempunyai beberapa tingkat. Secara umum dapat dibagi dalam tiga tingkat, yakni sakit ringan (*mild*), sakit sedang (*moderate*) dan sakit parah (*sever*). Dengan adanya tiga tingkat penyakit ini maka menuntut bentuk pelayanan kesehatan yang berbeda pula. Oleh sebab itu perlu dibedakan adanya tiga bentuk pelayanan, yakni:

1. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (*primary health care*):

Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan.

Bentuk pelayanan ini di Indonesia adalah Puskesmas, Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling, dan Balkesmas.

2. Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua (*secondary health services*):

Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan nginap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer.

Bentuk pelayanan ini misalnya Rumah Sakit tipe C dan D, dan memerlukan tersedianya tenaga-tenaga spesialis.

3. Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga (*tertiary health services*):

Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan oleh kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder.

Bentuk pelayanan ini di Indonesia adalah Rumah Sakit tipe A dan B.

Berdasarkan fungsi dan tugas dari Rumah Sakit, Ada beberapa pembagian tipe-tipe Rumah Sakit berdasarkan kemampuan sebuah Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada para pasiennya, yaitu:

1. Rumah Sakit Tipe A

Merupakan Rumah Sakit yang telah mampu memberikan pelayanan Kedokteran Spesialis dan Subspesialis luas sehingga oleh pemerintah ditetapkan sebagai tempat rujukan tertinggi (Top Referral Hospital) atau biasa juga disebut sebagai Rumah Sakit Pusat.

2. Rumah Sakit Tipe B

Merupakan Rumah Sakit yang telah mampu memberikan pelayanan Kedokteran Spesialis dan Subspesialis terbatas. Rumah Sakit ini didirikan di setiap Ibukota Propinsi yang mampu menampung pelayanan rujukan dari Rumah Sakit tingkat Kabupaten.

3. Rumah Sakit Tipe C

Merupakan Rumah Sakit yang telah mampu memberikan pelayanan Kedokteran Spesialis terbatas. Rumah Sakit tipe C ini didirikan di setiap Ibukota Kabupaten (Regency hospital) yang mampu menampung pelayanan rujukan dari Puskesmas.

4. Rumah Sakit Tipe D

Merupakan Rumah Sakit yang hanya bersifat transisi dengan hanya memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan Kedokteran Umum dan gigi. Rumah sakit tipe C ini mampu menampung rujukan yang berasal dari Puskesmas.

5. Rumah Sakit Tipe E

Merupakan Rumah Sakit Khusus (spesial hospital) yang hanya mampu menyelenggarakan satu macam pelayanan kesehatan kedokteran saja, misal: Rumah Sakit Kusta, Rumah Sakit Paru, Rumah Sakit Jantung, Rumah Sakit Kanker, Rumah Sakit Ibu dan Anak, dll.

1.5.4 Kualitas Pelayanan Kesehatan

Kualitas merupakan faktor dasar yang dapat mempengaruhi pilihan konsumen untuk berbagai jenis jasa yang berkembang saat ini dan telah menjadi salah satu faktor dalam keberhasilan dan pertumbuhan suatu organisasi. Usaha penilaian dan peningkatan kualitas menjadi faktor terpenting dalam keberhasilan industri jasa pelayanan antar konsumen. Kualitas pelayanan yang baik apabila dapat menyediakan produk dan atau jasa yang sesuai dengan kebutuhan para pelanggan.

Ditinjau dari pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*) maka pengertian kualitas pelayanan lebih terkait pada ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien,

kelancaran komunikasi antara petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramahtamahan petugas dalam melayani pasien, kerendahan hati dan kesungguhan.

Ditinjau dari penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*) maka kualitas pelayanan lebih terkait pada kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran mutakhir. Hal ini terkait pula dengan otonomi yang dimiliki oleh masing-masing profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Azrul Azwar (1994:21) menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan penampilan pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Kualitas pelayanan kesehatan memiliki hubungan yang erat dengan kepuasan pelanggan, karena kualitas memberikan dorongan kepada pelanggan untuk menjalin ikatan hubungan yang lebih kuat dengan rumah sakit dan pada akhirnya kepuasan pelanggan dapat meningkatkan jumlah kunjungan rumah sakit.

Menurut beberapa konsep diatas kualitas pelayanan kesehatan adalah suatu mutu atau kondisi yang menyediakan, melayani, memberikan informasi tertentu mengenai produk dan atau jasa yang sesuai dengan kebutuhan para pelanggan.

Tabel 1.1

Cara dan Syarat Pendaftaran Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Cara Mendaftar Peserta JKN	
1. Untuk Umum	<p>1. Masyarakat bisa datang secara langsung ke kantor BPJS Kesehatan yang ada di tingkat Kabupaten/ Kota maupun propinsi</p> <p>2. Masyarakat mengisi formulir dengan membawa salah satu kartu identitas KTP, SIM, Kartu Keluarga, atau Paspor.</p> <p>3. Setelah mengisi formulir, maka Anda akan mendapatkan Virtual Account yang digunakan sebagai nomor transaksi untuk pembayaran premi.</p> <p>4. Bagi anggota Penerima Bantuan Iuran (PBI), setelah mendapat virtual account anda resmi menjadi anggota BPJS kesehatan, anda tidak perlu membayar iuran karena iuran anda telah dibayarkan oleh pemerintah.</p> <p>5. Bagi Anggota Non BPI, anda harus membayar iuran terlebih dahulu dan setelah membayar iuran anda resmi menjadi anggota JKN.</p> <p>6. Setelah semua persyaratan terpenuhi maka Anda akan</p>

	mendapatkan kartu anggota JKN.
2. Untuk Karyawan	<p>1. Untuk karyawan di perusahaan yang sebelumnya menggunakan Jamsostek, cara mendaftarkan keanggotaan JKN bisa langsung melalui perusahaan.</p> <p>2. Perwakilan perusahaan bisa datang langsung ke kantor BPJS di wilayah kabupaten atau kota kemudian mengisi formulir dan setelah itu mendapat satu Cara Mendaftar Anggota BPJS Untuk Karyawan dan Umumirtual Account untuk seluruh karyawan di satu perusahaan.</p> <p>3. Setelah itu perwakilan perusahaan membayarkan premi sejumlah iuran premi per karyawan dikalikan jumlah karyawan.</p> <p>4. Karyawan perusahaan telah resmi menjadi anggota JKN non PBI setelah membayar premi dan mendapatkan kartu anggota JKN sejumlah karyawan tersebut.</p>
3. Untuk TNI, Polri, PNS serta pengguna Askes	<p>1. Secara umum cara pendaftaran untuk TNI, Polri dan Pengguna Askes adalah sama. Namun pendaftarannya akan lebih mudah karena data anda sudah ada di kantor BPJS.</p> <p>2. Pendaftaran bisa dilakukan sendiri maupun secara kolektif di kantor BPJS kesehatan dengan menyertakan bukti kartu askes anda.</p>

	<p>3. Premi anda akan dipotongkan dari gaji bulanan anda sebagaimana pengguna Askes sebelumnya.</p> <p>4. Setelah pendaftaran selesai, anda akan mendapatkan kartu JKN.</p>
--	---

Tabel 1.2

Nominal Iuran Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Iuran Peserta JKN			
Peserta	Bentuk Iuran	Iuran per Bulan	Keterangan
PBI	Nilai nominal (per jiwa)	Rp 19.225,00 (dibayarkan oleh pemerintah)	Rawat inap kelas 3
PNS/TNI/POLRI/ Pensiun	5% (per keluarga)	2% dari pekerja 3% dari pemberi pekerja	Rawat inap kelas 1 dan kelas 2
Pekerja Penerima Upah Selain PNS dll	4,5% (per keluarga) dan 5% (per keluarga)	s/d 30 Juni 2015 0,5% dari pekerja 4% dari pemberi pekerja	Rawat inap kelas 1 dan kelas 2

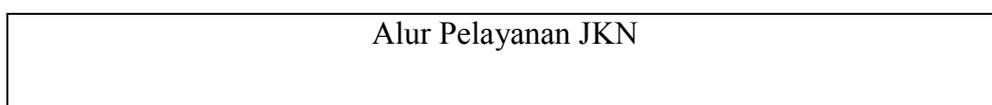
		Mulai 1 Juli 2015	
		1% dari pekerja	
		4% dari pemberi pekerja	
Pekerja Penerima Upah dan Bukan Pekerja	Nilai nominal (per jiwa)	Rp 59.500.00 Rp 42.500,00 Rp25.500,00	Rawat inap kelas 1 Rawat inap kelas 2 Rawat inap kelas 3

Adapun syarat-syarat yang harus dibawa untuk mendaftar menjadi peserta JKN adalah sebagai berikut:

1. Mengisi formulir daftar isian peserta formulir 2 atau formulir daftar isian peserta
2. Melampirkan pasfoto 3X4cm masing-masing 1 lembar
3. Melampirkan fotocopy KTP (diutamakan KTP elektronik),
4. Melampirkan fotocopy kartu keluarga,
5. Fotocopy surat nikah,
6. Fotocopy akte lahir anak/ surat keterangan lahir yang menjadi tanggungan
7. Bagi WNA menunjukkan Kartu Ijin Tinggal Sementara/Tetap (KITAS/KITAP)

Tabel 1.3

Alur Pelayanan Peserta JKN di Rumah Sakit



<p>1. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama</p>	<p>1. Setiap peserta harus terdaftar pada satu fasilitas kesehatan tingkat pertama yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.</p> <p>2. Peserta memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar.</p> <p>3. Peserta dapat memperoleh pelayanan rawat inap di fasilitas kesehatan tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.</p>
<p>2. Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan</p>	<p>1. Peserta datang ke BPJS Center Rumah Sakit dengan menunjukkan Kartu Peserta dan menyerahkan surat rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama / surat perintah kontrol pasca rawat inap.</p> <p>2. Peserta menerima Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan pelayanan lanjutan.</p> <p>3. Peserta dapat memperoleh pelayanan rawat inap di Fasilitas Kesehatan tingkat lanjutan sesuai dengan indikasi medis.</p>
<p>3. Pelayanan Kegawat Daruratan (<i>Emergency</i>)</p>	<p>1. Pelayanan Gawat Darurat adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan dan atau kecacatan, sesuai dengan kemampuan fasilitas</p>

	<p>kesehatan.</p> <p>2. Peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan di setiap fasilitas kesehatan. Kriteria kegawatdaruratan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.</p> <p>3. Peserta yang menerima pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, akan segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan gawat daruratnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan.</p> <p>4. Biaya akibat pelayanan kegawatdaruratan ditagihkan langsung oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.</p>
--	---

1.6 Definisi Konsep

1. Pelaksanaan program adalah tindakan-tindakan yang dilaksanakan oleh individu-individu atau kelompok-kelompok terhadap suatu objek atau sasaran yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya, melalui adanya organisasi, interpretasi dan penerapan.

2. Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional adalah tindakan-tindakan yang dilakukan oleh pemerintah untuk menjamin peserta JKN memperoleh pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.
3. Kualitas adalah produk dan atau pelayanan yang dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan yang menggunakan produk dan atau pelayanan tersebut, sesuai dengan keinginan atau kebutuhan pelanggan.
4. Kualitas Pelayanan adalah produk dan atau pelayanan yang berhubungan dengan terpenuhinya harapan atau kebutuhan pelanggan, dimana pelayanan dikatakan berkualitas apabila dapat menyediakan produk dan atau pelayanan sesuai dengan keinginan atau kebutuhan pelanggan.
5. Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang ditujukan atau diselenggarakan untuk pasien rawat inap dalam memelihara, promotif (peningkatan kesehatan), prevektif (pencegahan), menyembuhkan serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, masyarakat secara optimal atau setinggi-tingginya.
6. Kualitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu mutu atau kondisi yang menyediakan, melayani, memberikan informasi tertentu mengenai produk dan atau jasa yang sesuai dengan kebutuhan para pelanggan.

1.7 Rincian Data

Rincian data yang diperoleh dalam penelitian ini yaitu:

1. Pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi penerima JKN:
 - a) Program JKN
 - Cara dan syarat mendaftar peserta JKN
 - Alur pelayanan peserta JKN

b) Proses pelaksanaan pelayanan kesehatan

2. Kualitas Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan penerima JKN

a) *Tangibles* (bukti fisik)

- Kenyamanan ruang tunggu
- Fasilitas alat-alat penunjang
- Fasilitas ruang UGD dan rawat inap

b) *Responsiveness* (daya tanggap)

- Tanggapan petugas saat menerima keluhan dari pengguna layanan atau pasien JKN
- Kecepatan petugas dalam menanggapi keluhan pengguna layanan.

c) *Credibility* (kredibilitas)

- Kedisiplinan petugas saat jam kerja
- Tanggung jawab petugas dalam melayani pasien
- Frekuensi kunjungan dokter

d) *Assurance* (jaminan)

- Sikap baik, ramah, dan sopan petugas dalam melayani pasien JKN
- Jumlah staf pelaksanaan yang dimiliki RSU Haji
- Kemampuan dan keahlian staf.

1.8 Metode Penelitian

1.8.1 Tipe Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah tipe penelitian kualitatif deskriptif, yang bertujuan menggambarkan, meringkaskan berbagai kondisi, berbagai situasi atau berbagai variabel yang timbul di masyarakat objek penelitian itu.

1.8.2 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya yang merupakan salah satu rumah sakit tempat rujukan pasien JKN. Adapun pertimbangan dalam pemilihan lokasi tersebut adalah:

1. Rumah sakit ini merupakan salah satu rumah sakit di Surabaya dengan RSU Tipe B Pendidikan, sebagai Rumah Sakit Pendidikan dengan Status Akreditasi Rumah Sakit Pendidikan Utama terakreditasi A. Dengan fasilitas yang tersedia, RSU Haji telah ikut mendidik mahasiswa kedokteran dan menyelenggarakan *postgraduate training* untuk dokter dari RS se-Jawa Timur.
2. RSU Haji Surabaya merupakan salah satu Instansi Pemerintah yang mendapatkan sertifikat ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 30 Januari 2007-30 Januari 2008, ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 22 Januari 2008-22 Januari 2009, ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 22 Januari 2009-22 Januari 2010, re-certification ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 22 Juni.
3. Efektifitas waktu, tenaga dan biaya yang dimiliki oleh peneliti.

Maka dengan alasan yang dikemukakan diatas, pemelihin lokasi ini menarik dan diambil sebagai lokus penelitian.

1.8.3 Teknik Pemilihan Informan

Peneliti menggunakan teknik pemilihan informan dengan *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu, misalnya orang tersebut dianggap paling tahu tentang apa yang diharapkan, atau mungkin dia merupakan penguasa sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi obyek dan situasi sosial yang diteliti (Sugiyono, 2008: 50). Kemudian berkembang dengan teknik *snowball sampling*, dimana pemilihan informan lanjutan dalam rangka penggalan data untuk mendapatkan variasi dan kedalaman informan diperoleh atas dasar rujukan atau rekomendasi dari key informan yang telah ditentukan sebelumnya melalui teknik *purpose sampling*.

Pada penelitian ini akan ditetapkan informan kunci yang diwawancarai adalah:

1. Dr. Tanya Eliza Vijaya selaku kepala intalasi pengendali kerja sama di RSUD Haji
2. Ibu Yessi selaku staf BPJS center RSUD Haji
3. Ibu AA selaku staf BPJS center RSUD Haji (tidak mau disebutkan namanya)
4. Dokter A selaku dokter bagian rawat inap (tidak mau disebutkan namanya)
5. Suster B selaku dokter bagian rawat inap (tidak mau disebutkan namanya)
6. Bapak RH selaku pasien JKN rawat inap (tidak mau disebutkan namanya)
7. Bapak MA selaku pasien JKN rawat inap (tidak mau disebutkan namanya)
8. Ibu AZ selaku pasien JKN rawat inap (tidak mau disebutkan namanya)

Penentuan informan diatas dipilih oleh peneliti karena dianggap mampu memberikan informasi dan pengetahuan mengenai pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam program JKN di RSUD Haji Surabaya.

1.8.4 Teknik Pengumpulan Data

Kualitas pengumpulan data merupakan salah satu hal yang paling mempengaruhi hasil penelitian. Kualitas pengumpulan data ini berkenaan dengan ketepatan cara-cara yang digunakan untuk mengumpulkan data. Data yang dikumpulkan meliputi data primer dan data sekunder.

Data primer adalah yang langsung diperoleh dari sumber data pertama di lokasi penelitian atau obyek penelitian. Sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber kedua atau sumber sekunder dari data yang yang kita butuhkan (Burhan, 2005: 122). Adapun metode pengumpulan data yang diterapkan dalam penelitian ini adalah:

1. Metode Wawancara

Adalah sebuah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan responden atau orang yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan pedoman (guide) wawancara (Burhan, 2005: 126). Wawancara dilakukan dengan pihak rumah sakit dan peserta JKN untuk memperoleh informasi yang diinginkan sesuai tujuan penelitian.

2. Metode Observasi

Adalah kemampuan seseorang untuk menggunakan pengamatannya melalui hasil kerja pancaindra mata serta di bantu dengan pancaindra lainnya (Burhan, 2005: 133). Pada penelitian ini observasi disajikan dalam bentuk pemaparan mengenai objek kajian untuk mempertegas hasil wawancara yang telah dilakukan pada informan.

3. Metode Dokumenter

Adalah salah satu metode pengumpulan data yang digunakan dalam metodologi penelitian sosial (Burhan, 2005: 144). Disini peneliti mengumpulkan dan mencatat data yang berupa dokumen, laporan, tabel serta sumber-sumber data tertulis lainnya yang diperlukan dan relevan dengan kajian penelitian ini.

1.8.5 Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data

Keabsahan data (*trustworthiness*) dalam penelitian kualitatif dilakukan dengan menggunakan teknik pemeriksaan yang didasarkan pada kriteria tertentu, diantaranya yaitu derajat (*credibility*), keteralihan (*transferability*), ketergantungan (*dependability*) dan ketidakpastian (*confirmability*) (Moleong, 2005:173). Dalam penelitian ini kriteria derajat kepercayaan pemeriksaan data dilakukan dengan teknik triangulasi.

Teknik triangulasi sebagai teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan segala sesuatu yang lain di luar data yang telah diperoleh untuk keperluan pengecekan atau sebagai perbandingan terhadap data itu (Moleong, 2005:175). Dalam penelitian ini proses triangulasi yang dilakukan adalah proses triangulasi sumber data yang dilakukan dengan cara mengumpulkan data dari berbagai sumber yang berbeda mengenai permasalahan yang dikaji untuk kemudian dibandingkan antara satu dengan yang lainnya. Proses ini dapat dilakukan dengan cara-cara antara lain (Moleong, 2005:178) :

1. Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara
2. Membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakannya secara pribadi

3. Membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu
4. Membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang seperti masyarakat biasa, orang yang berpendidikan tinggi atau orang pemerintahan
5. Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

1.8.6 Teknik Analisis Data

Teknik analisis data dilakukan setelah melakukan pengumpulan data dengan menggunakan teknik pemeriksaan keabsahan data, agar data yang diperoleh dilapangan dapat dengan mudah dibaca dan dipahami. Proses analisis data dimulai dengan menelaah seluruh data yang tersedia baik dari proses wawancara secara mendalam maupun dokumentasi (pemanfaatan data sekunder).

Data juga disederhanakan ke dalam bentuk yang mudah dipahami, dibaca dan interpretasikan, yang pada intinya adalah upaya mencari jawaban atas permasalahan penelitian. Dalam proses tersebut peneliti memakai analisa “kualitatif”. Analisa kualitatif merupakan data yang muncul berwujud kata-kata dan bukan rangkaian angka (Milles & Huberman, 1998: 15). Agar analisa data secara kualitatif ini dapat memperoleh keteraturan dan sistematis, ada tiga alur kegiatan yang harus diikuti, yang ketiganya saling berkaitan meliputi (Milles & Huberman, 1998: 16-19):

1. Reduksi Data

Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data “kasar” yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan, sebagaimana kita ketahui reduksi data berlangsung terus-menerus selama proses penelitian kualitatif berlangsung.

2. Penyajian Data

Penyajian data yaitu sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan.

Penyajian data ini menuntut seseorang peneliti untuk mampu mentransformasikan data kasar menjadi bentuk tulisan.

3. Menarik Kesimpulan atau Verifikasi

Yaitu merupakan sebagian dari seluruh konfigurasi kegiatan penelitian yang utuh dan dapat dilakukan selama penelitian berlangsung.

